

林平诊治慢性胃炎临床经验

高远¹, 张伟英², 于莉¹, 周宏剑¹, 夏婧¹,
林梅¹, 肖雯迪¹, 黄铭涵¹ 指导: 林平²

1. 福建中医药大学附属第二人民医院, 福建 福州 350003; 2. 福建中医药大学中医学院, 福建 福州 350122

[关键词] 慢性胃炎; 谨守病机; 脾虚气滞; 临床经验; 林平

[中图分类号] R573.3; R249.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 04-0302-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.094

林平, 主任医师、教授、博士研究生导师, 福建中医药大学中医学院院长。林教授从事临床、科研及教学工作 30 余年, 擅长中西医结合诊治脾胃病证, 尤其对慢性胃炎的诊治有独到的临床经验。慢性胃炎在现代医学认为是由多种原因引起的胃黏膜慢性炎症反应^[1]。林教授团队长期研究认为, 慢性胃炎的中医核心病机为脾虚气滞, 故在诊治慢性胃炎过程中, 将谨守核心病机贯穿于治疗始终, 创立以“健脾理气”为组方原则的“调脏运气汤”作为基本方, 并依据疾病的发展情况, 分三期辨治。前期辨治, 以人为核心, 中期辨治, 以病为核心; 后期辨治, 综合调理。结合不同时期的服药方法, 治疗慢性胃炎, 并结合病例加以阐释。

1 谨守病机, 立法组方

1.1 谨守病机, 贯穿始终 病机之名, 首见于《素问·至真要大论》的“审查病机, 无失气宜”和“谨守病机, 各司其属”^[2]。张介宾认为: “机者, 要也, 变也, 病变所由出也。”体现了病机是疾病发生发展过程的关键所在, 而谨守病机, 就是在治疗疾病的过程中, 时时刻刻紧抓病机, 将辨治病机贯穿始终。《医学源流论》: “深入病机, 而天下无难治之症矣”, 一语道破玄机。国医大师周仲瑛教授也提出“以病机为核心的论治体系”, 以达到执简驭繁的目的^[3]。

中医学对疾病的认识相对局限, 多以最突出的症状作为病名。慢性胃炎的中医诊断为胃脘痛、痞满、反酸、嘈杂等病。这些病名只能反应出患者典型的临床症状, 并不能真正反映疾病的病变本质。并且有部分疾病是没有特异性临床症状, 例如: 早期肿瘤、高血脂症, 对于这类疾病, 如果患者没有出现特异性的临床症状和体征, 中医常常“无证可辨”, 更无法明确中医病名。相比于中医学, 现代医学对疾病的认识更深刻、客观, 更加深入人心。

中医学在发展过程中, 不是故步自封的, 是会吸收现代医

学的先进思想, 而现代医学对疾病的研究与认知就可以被中医师所借鉴, 融入于中医理论体系。谨守病机, 这里的“病”, 指的不仅仅是中医的疾病, 更可以包括现代医学的疾病。中医学与现代医学对疾病的认识应该是相互承认的。“西病中辨”更适用于现代中医师临床诊疗, 因此, 每一种具体的现代医学疾病也都有其相对应的核心病机, 将“谨守病机”的临床思维贯穿于诊治始终。

1.2 证素求机, 立法组方 朱文锋教授经过 32 年的深入研究, 创立了“证素辨证”新体系^[4]。证素辨证的特点在于将中医辨证客观化, 现代化, 可研究化。临床科研中, 可以运用证素辨证, 通过对每一种现代医学疾病的证素研究分析, 归纳总结其核心病机。林教授团队运用证素辨证寻求慢性胃炎的中医核心病机为脾虚气滞, 虚证以脾气虚弱、脾阳不足为主, 实证以胃气不降、肝气郁滞、湿邪阻滞为主。并且无论中医诊断为胃脘痛或胃痞病的慢性胃炎, 均可遵循这一核心病机^[5]。

谨守慢性胃炎脾虚气滞的核心病机, 针对核心病机立法组方。林教授以“健脾理气”为立法组方原则, 创立“调脏运气汤”为治疗慢性胃炎的基础方, 处方: 炒白术、茯苓、炒麦芽、白芍各 15 g, 柴胡、醋延胡索、青皮、紫苏子各 9 g, 浮小麦 30 g, 槟榔 10 g, 陈皮 6 g, 生甘草 3 g。

2 三期辨治, 各有侧重

2.1 前期辨治, 人为核心 “急则治标”自古就是中医的治疗原则。慢性病证因为病程迁延难愈, 无法短期治愈, 故先改善患者就诊时最难受的症状。患者就诊的前期疗程, 应注重展下症, 改善患者的不适症状为首要, 指以人为核心的辨治方法, 包括了辨证候和症状。

2.1.1 细察兼证, 随证加减 慢性胃炎常见虚证、气滞证、湿证。林教授总结常见慢性胃炎随证辨治加减用药规律, 虚证分为脾胃气虚、脾胃阳虚、脾胃阴虚、肾阳虚、肾阴虚, 分别

[收稿日期] 2018-10-16

[基金项目] 福建省引导性科技项目 (2015Y0023)

[作者简介] 高远 (1993-), 男, 在读硕士研究生, 研究方向: 中西医结合治疗脾胃疾病的临床及基础研究。

[通信作者] 黄铭涵, E-mail: huangminghan2010@163.com。

以白术、黄芪健脾益气；干姜、吴茱萸温阳散寒；沙参、石斛益胃养阴；肉苁蓉、杜仲补肾助阳；女贞子、旱莲草滋阴补肾^⑥。气滞分为肝郁气滞、胃热气逆、虚寒气逆、肠腑气滞，分别以柴胡、青皮疏肝解郁；竹茹、代赭石清热降逆；公丁香、柿蒂温中降逆；枳壳、枳实、槟榔、大腹皮行气消导。湿证分为表湿证、寒湿证、湿热证，分别以藿香、佩兰化在表之湿；陈皮、姜半夏燥湿化痰；黄芩、黄连清热燥湿。

2.1.2 细观症状，随症加减 慢性胃炎常见胃脘部疼痛、胀闷不适、嗳气等症状。胃脘部疼痛辨疼痛性质，胀痛者予以理气止痛，加郁金、槟榔；刺痛者予以活血止痛，加蒲黄、五灵脂；冷痛者予以散寒止痛，加高良姜、吴茱萸；痉挛性疼痛予以缓急止痛，加白芍、木瓜；饱餐后痛予以消食导滞，加神曲、山楂、莱菔子；饥饿时痛予以健脾益气，加炙黄芪、山药；胀闷不适加砂仁、陈皮、大腹皮等理气通腑之药。反酸者加川楝子、珍珠母等行气抑酸之药。呃逆者辨虚实寒热，胃虚有热，加竹茹、橘皮；胃气虚寒，加丁香、柿蒂。其他兼夹症在治疗初期亦应对症治疗，标本同治。

2.2 中期辨治，病为核心 现代医学的高科技手段引入中国之后，中医师对患者临床资料的采集，不仅仅局限于望、闻、问、切的四诊信息，更应向微观层面进发。现代医学的辅助检查，多是微观的理化参数和现代医学的诊断标准，也应纳入中医师的辨治范围。患者经过前期治疗后，症状较前大为改善而无其他特殊不适，或者平素无明显自觉症状但其现代医学检查指标异常。中期疗程，微观辨治，指以病为核心的辨治方法，包括了辨胃镜象和病理。

2.2.1 随胃镜象加减 电子胃镜检查是诊断慢性胃炎的重要标准，胃镜象还能诊断是否伴随糜烂、反流性食管炎、胆汁反流。林教授认为糜烂性胃炎加黄芪、珍珠母、白及三药，因其与脾虚无法收敛相关，黄芪补气健脾、珍珠母平肝敛疮、白及收敛生肌^⑦。反流性食管炎加竹茹、砂仁、瓜蒌三药，因其由胃气上逆所致，竹茹降逆止呕、瓜蒌宽胸散结、砂仁行气燥湿。胆汁反流性胃炎加枳壳、川楝子、钩藤三药，因其与肝失疏泄相关，钩藤清热平肝，枳壳、川楝子归肝经，行气下气。

林教授团队通过120例慢性萎缩性胃炎患者胃镜象与证素特点的相关性研究发现：胃镜象白相为主，伴(或不伴)黏膜颗粒增生或结节状者，病位多在脾，病性多为气虚，故加黄芪、山药等健脾补气之药。伴血管透见为主者，病位多在肝，病性多为血瘀，故加桃仁、红花等活血化瘀之药。伴血管透见+黏膜颗粒增生或结节状，病位多在胃，病性多为痰，故加姜半夏、瓜蒌等化痰散结之药^⑧。

2.2.2 随病理加减 胃黏膜活组织病理学检查是诊断慢性胃炎最可靠的方法。其严重程度与患者的症状无相关，故更加注重病理诊断结果。林教授团队研究发现：慢性萎缩性胃炎慢性炎症性程度越高，胃与气滞的证素积分越高^⑨。故若病理见慢性炎症程度严重，予以砂仁、槟榔、大腹皮等行气导滞之药；

若病理见萎缩严重，考虑脾肾阳虚，予以加益智仁、肉苁蓉等温脾补肾之药；若病理见肠化严重，考虑痰瘀阻络，予以加地龙干、路路通等祛瘀化痰通络之药；若病理见上皮内瘤变，考虑瘀血内阻，予以加三棱、莪术等破血行气之药。

2.3 后期辨治，综合调理 经过前期、中期的治疗，脾胃逐渐恢复至正常的运化功能，患者无特殊不适症状，可建议患者适时复查胃镜。后期疗程，宏观辨治，指注重综合调理，包括了辨季节气候以及患者日常生活的地理环境，这些因素是会影响疾病的转归预后。

2.3.1 因时辨治 季节气候会影响患者病情发展以及转归预后，故中医师更应重视因时辨治，天人合一，顺应自然之气。处方用药时，应结合各个季节气候特点，予以加减用药。春季属肝，万物升发，应考虑疏肝升发之药，如：柴胡、青皮、香附、佛手、香橼等。夏季属心，阳气最甚，应考虑清心泻火之药，如：灯心草、淡竹叶、莲子心等。长夏属脾，暑多夹湿，应考虑清暑利湿之药，如：荷叶、藿香、香薷等。秋季属肺，清凉干燥，应考虑养阴清肺之药，如：沙参、玉竹、麦冬等。冬季属肾，冬藏阳潜，适宜滋补，应考虑补肾助阳之药，如：肉苁蓉、杜仲、巴戟天等。结合四时气候特征，与自然之气相应，亦是中医整体观的体现。

2.3.2 因地辨治 患者生活的环境与其病证的病因病机有很大的关系，林教授在临床问诊中，常常会询问患者平时生活起居何处，生活习惯如何。因为脾胃病证与日常的生活饮食习惯以及生活环境关系紧密，为医者需要综合考虑。尤其要注意到福建福州的地域特点，三面环山，一面靠海，海风夹湿吹入，湿邪重浊黏滞，蕴而化热，湿热困脾，脾失健运，进而生湿，恶性循环，在临床中常见脾虚湿热等虚实夹杂之证。林教授在临床针对此病证，健脾与清化湿热同用，常用炒白术、茯苓、山药健脾之药配伍黄芩、黄连、茵陈等清热燥湿利湿之药，标本同治。

3 特色服法，日常调养

前期辨治以“七分治，三分养”为原则，每周服药5剂，第3、4天可共服1剂，第7天停药1天。慢性病证的症状容易反复，治疗时间相对较长，故适当减少服药的次数(每周5剂)，以提高患者依从性，使其坚持治疗。经过长期临床疗效观察，慢性胃炎此期疗程在1个月左右，若慢性萎缩性胃炎严重者则疗程加倍。

中期辨治以“五分治，五分养”为原则，可减少药量(2天1剂)，患者每次复诊取7剂药，1剂煎2次，分14天服用，以减少脾胃负担，也可促进机体提高自我调节与修复能力，此期疗程在3~6个月左右。

后期辨治以“二分治，八分养”为原则，逐渐以“食养”代替“药治”。患者1剂药分2天服用，期后可停药1~3天。或于饮食不洁或不规律、情志所伤等多方面原因引起胃痛或痞满者，适时服药。

饮食定时定量,少食多餐,细嚼慢咽,不易过饱。宜清淡,忌寒凉、坚硬、辛辣、肥甘厚腻、刺激性食物。首选细软易消化食物,宜半流质或软质饮食,不宜食用富含纤维素或坚硬不易消化的食物。腹胀或有泛酸者,少食地瓜、芋头及年糕之类食物。适量运动,保持良好心情,生活作息规律。

4 病案举例

林某,女,47岁,2017年2月11日初诊。主诉:胃脘部隐痛6年余。现病史:患者于6年前无明显诱因出现胃脘部隐痛,未规律治疗。现症见:胃脘部隐痛,饥时为甚,无口干、苦,反酸嗝气,便溏,每天1次,尿黄,纳差,寐可,时胸闷,头晕目眩。舌红苔黄腻,脉滑数。辅助检查:2017年2月3日电子胃镜:慢性萎缩性胃炎, Hp(-)。胃窦病理活检:“胃窦”全层胃窦型粘膜中度慢性萎缩性炎症伴重度肠化(慢性炎症 ++, 活动性 ++, 萎缩 ++, 肠化 +++)。西医诊断:慢性萎缩性胃炎;中医诊断:胃痛病(脾虚气滞夹湿热)。方用调脏运气汤加减,处方:炒白术、茯苓、炒麦芽、白芍各 15 g, 柴胡、醋延胡索、青皮、紫苏子、黄芩、姜半夏各 9 g, 黄连、生甘草各 3 g, 浮小麦 30 g, 槟榔 10 g, 陈皮 6 g。每周服药 5 剂,守方随证候、症状加减治疗 1 月左右,患者诉无明显特殊不适。遂进入第 2 疗程,方用调脏运气汤加减,处方:炒白术、茯苓、白芍各 15 g, 柴胡、青皮、紫苏子、地龙各 9 g, 浮小麦 30 g, 槟榔、路路通、肉苁蓉各 10 g, 陈皮、砂仁(后入)各 6 g, 黄芪 25 g, 生甘草 3 g。2 天 1 剂,守方治疗 3 个月左右,进入第 3 疗程,正值夏季,患者久居福州江边,方用调脏运气汤加减,处方:炒白术、白茯苓、炒麦芽、杭白芍、茵陈各 15 g, 柴胡、青皮、紫苏子、藿香(后入)各 9 g, 浮小麦 30 g, 槟榔 10 g, 陈皮 6 g, 生甘草 3 g。1 剂药分 2 天服用,期后可停药 1~3 天。患者适时随访半年,无特殊不适,复查电子胃镜(2017 年 11 月 14 日):慢性非萎缩性胃炎, Hp(-)。胃窦病理活检:“胃窦”全层胃窦型粘膜轻度慢性非萎缩性胃炎(慢性炎症 +)。

按:林教授治疗慢性胃炎时,谨守慢性胃炎“脾虚气滞”

的核心病机,以健脾理气的“调脏运气汤”为基本方。前期疗程以人为核心的中观辨治,辨证候和症状,辨为“脾虚气滞夹湿热”,基本方加清热燥湿之药。中期疗程以病为核心的微观辨治,关注胃镜镜象以及病理情况,基本方去治标之药,加补气理气、通经活络之药。后期疗程以综合调理的宏观辨治,因时因地制宜,基本方加化湿利湿之药。将谨守现代医学疾病的核心病机贯穿于治疗始终,根据不同时期的不同治疗特点,分三期辨治慢性胃炎。

[参考文献]

- [1] 张声生,唐旭东,黄穗平,等.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064.
- [2] 翟双庆,黎敬波.内经选读[M].北京:中国中医药出版社,2016:112
- [3] 方樑,周学平,周仲瑛.国医大师周仲瑛教授论复合与兼夹病机证素[J].中华中医药杂志,2013,28(4):973-976.
- [4] 黄碧群,曲超,向岁,等.中医证素辨证研究概况[J].湖南中医药大学学报,2013,33(1):24-31.
- [5] 林平,黄小燕,施婧瑶,等.慢性胃炎的证素特点[J].福建中医药大学学报,2013,23(2):7-9.
- [6] 林煜,林平.林平治疗慢性胃炎诊疗经验[J].河南中医,2017,37(6):971-974.
- [7] 林煜,林平.林平主任医师辨治慢性萎缩性胃炎的经验[J].福建中医药,2016,47(3):27.
- [8] 吴丹.慢性萎缩性胃炎胃镜象与证素特点的相关性研究[D].福州:福建中医药大学,2018.
- [9] 郑进敏.慢性萎缩性胃炎中医证素及与胃黏膜病理改变相关性研究[D].福州:福建中医药大学,2015.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)